



Universidad Tecnológica de Salamanca
Trasciende a la Vanguardia Educativa

SEGURO CONTRA ACCIDENTES

Universidad Tecnológica de Salamanca



EDUCACIÓN
SECRETARÍA DE EDUCACIÓN PÚBLICA

UTP
DIRECCIÓN GENERAL DE UNIVERSIDADES
TECNOLÓGICAS Y POLITÉCNICAS



Secretaría
de Educación
de Guanajuato



POLIZA:

PAPC-1432

ASEGURADOS: ALUMNOS EN ACTIVO

Cuota: \$79.00 cuatrimestral

1. VIGENCIA

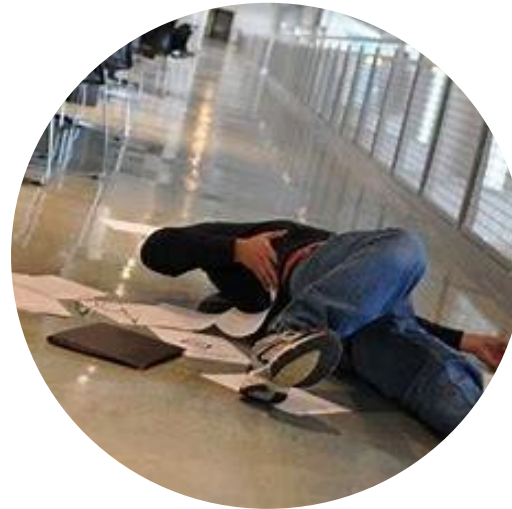
Cobertura cuatrimestral

OBJETO DEL SEGURO

Proteger la responsabilidad de la Institución educativa en caso accidente de los alumnos dentro de las instalaciones, durante sus trayectos desde su casa a la escuela y de la escuela a su casa, así como por la participación en eventos extracurriculares declarados fuera de las instalaciones de la Universidad

Se otorga la suma asegurada contratada al momento de ocurrir un accidente, en caso del fallecimiento del estudiante, la pérdida de algún miembro y el reembolso de los gastos médicos generados.

Cobertura desde el trayecto de la casa del alumno, y su regreso, dentro de las instalaciones y en la participación de eventos externos, académicos, deportivos y te extensión universitaria



Muerte Accidental

\$40,000.00

Perdidas Orgánicas

\$40,000.00

Reembolso Gastos Médicos

\$20,000.00

Deducible de reembolso:

\$100.00

Pago Directo y Reembolso



Consideraciones

REMBOLSO DE GASTOS MEDICOS

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto sufrido por el asegurado, éste haya tenido que erogar cualquiera de los gastos cubiertos por la póliza, Prevem Seguros pagará directamente al hospital o reembolsará el costo de los mismos hasta la cantidad de 20,000 pesos

PERDIDAS ORGANICAS

Si como consecuencia de un Accidente Cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo, el asegurado sufre una de las pérdidas orgánicas indicadas en la escala “A”, Prevem Seguros pagará al asegurado el porcentaje de la Suma Asegurada correspondiente a la pérdida orgánica. En caso de existir varias Pérdidas Orgánicas cubiertas, la cantidad que se pagará en total como indemnización máxima no podrá exceder del 100% de la Suma Asegurada contratada de 40,000

MUERTE ACCIDENTAL

Si durante la vigencia de la póliza, como consecuencia directa de un Accidente Cubierto y dentro de los 90 días siguientes a la fecha del mismo el Asegurado fallece, Prevem Seguros, pagará a los Beneficiarios, la Suma Asegurada de 40,000

En caso de sufrir una perdida orgánica y posteriormente el fallecimiento del asegurado dentro de los 90 dias posteriores al accidente, se pagaran ambas sumas asegurada



En caso de accidente:

Se deberá de Notificar a PREVEM SEGUROS a su call center, quien indicará las instrucciones para acudir a Hospital en pago directo, o el trámite de reembolso

Centro de Atención Telefónica de PREVEM SEGUROS, al número (800-2-77-3836) y marcar 1 (URGENCIA)

Indicar número de póliza: **PAPC-1432**

En cada reclamación se anexará el aviso de accidente

SE SUGIERE QUE EN CADA VIAJE SE LLEVE EL AVISO Y TENER A LA MANO EL
NUMERO DE PREVEM



Aviso de accidente para viajes escolares

Prevem seguros

Aviso de Accidente o Enfermedad

Instrucciones:

- Este formato debe ser llenado con letra de molde. Firmado por el asegurado titular y asegurado afectado.
- Debe ser llenado en su totalidad y proporcionar información completa y detallada.
- No será válida si presenta tachaduras o enmendaduras.
- El hecho de proporcionar los datos abajo solicitados, no representa un compromiso de admitir la validez de la reclamación por parte de Prevem Seguros S.A. De C.V. ni a renunciar a los derechos que se reserva conforme al contrato. De lo declarado por el asegurado no se aceptan cambios posteriores.

A. Datos Generales - Datos de asegurado afectado

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Titular: _____

Apellido Paterno, Materno y Nombre del Asegurado Afectado: _____

| | | | | | |
|---------------------|---|---------------------------|----------------------|----------------------|--------------------------------|
| Fecha de Nacimiento | Sexo | Parentesco con el Titular | Teléfono de contacto | Nacionalidad | Correo Electrónico de contacto |
| DD / MM / AAAA | M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> | | | | |
| Calle | | | N° Exterior | N° Interior | |
| Colonia | | | Código Postal | Delegación/Municipio | |
| Ciudad | Estado | POLIZA | | | |

B. Motivo de Reclamación Reembolso ☐ Pago Directo ☐ Programación de cirugía-Tratamiento ☐ Accidente ☐ Enfermedad ☐ Embarazo ☐

C. Preguntas relacionadas con la enfermedad o accidente que declara

Fecha en que Ocurrió el Accidente o Aparición de los primeros Síntomas de la Enfermedad y que son motivo de ésta reclamación: DD/MM/AAAA

Indique tipo de Alteraciones y/o Síntomas que presentó: _____

Indique el Diagnóstico motivo de su reclamación (Indicado por su médico tratante): _____

Si es Accidente detállese, ¿Cómo y dónde fue ?

¿Alguna autoridad que tomó conocimiento del Accidente? SI ☐ NO ☐ En caso de Accidente Automovilístico ¿Cuenta con Seguro de Automóvil? SI ☐ NO ☐

En caso afirmativo favor de completar la siguiente información

| | | | | | |
|-----------------------|---------------|----------------------|---|------------------|-----------------|
| Nombre de la Compañía | Nº de Póliza: | Compañía del Tercero | Estuvo hospitalizado | Días de Estancia | En qué Hospital |
| | | | SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> | | |

¿Ha presentado gastos anteriores por este Padecimiento o Accidente en esta u otra compañía? SI ☐ NO ☐

Si su respuesta fue afirmativa por favor complete la siguiente información:

Nº de Sinistro: _____ Compañía: _____ Fecha de la reclamación: DD/MM/AAAA

¿Actualmente cuenta con otro Seguro de Gastos Médicos? SI ☐ NO ☐ Indique cuál: _____

D. Información médico (s) consultados

| | | |
|---|--------------------------------------|----------------------|
| Nombre del Médico Tratante: | Especialidad: | Nombre del Hospital: |
| Teléfono consultorio: | Celular: | Teléfono: |
| Correo Electrónico: | Dirección: | |
| Fecha de Atención inicial con este médico: DD/MM/AAAA | Fecha de Hospitalización: DD/MM/AAAA | |
| Nombre y teléfono de Médico familiar o de cabecera: _____ | | |

Prevem seguros

E. Instrucciones del Pago

Por este conducto solicito y autorizo a Prevem Seguros S.A. De C.V. para que para cualquier pago que proceda a mi favor, derivado del contrato de seguro concertado con esta aseguradora, se realice según la siguiente información:

Cheque ☐

Transferencia bancaria ☐ Banco: _____ CLABE: _____

Nota: En caso de proceder el pago de la presente reclamación se realizará a nombre del asegurado titular de la póliza, la cuenta bancaria indicada debe pertenecer a este.

"El Asegurado" acepta que al momento de efectuarse el pago de la "Indemnización", quedarán cubiertas todas las prestaciones que pudiera demandar a PREVEM Seguros, S.A. de C.V., con relación al siniestro citado en el rubro.

Las partes convienen que al momento de realizarse la entrega del pago correspondiente, ya sea: (i) mediante cheque, y desde la entrega del mismo, siendo responsabilidad de "El Asegurado su cobro" o (ii) mediante transferencia electrónica a la entrega del comprobante, el presente instrumento hará las veces de un Recibo Finiquito, por lo cual "El Asegurado" manifiesta bajo protesta de decir verdad, que habiendo recibido el pago, no se reserva ninguna acción legal o derecho presente o futuro, ya sea de carácter civil, penal, laboral, fiscal, administrativo, laboral, o de cualquier otra naturaleza o índole, que ejercitar en contra de PREVEM Seguros, S.A. de C.V., ni en contra de sus empleados, apoderados, representantes legales, trabajadores, prestadores de servicios, funcionarios, filiales, ni por cualquier hecho derivado de "El Siniestro" ni de "La Póliza" señalados, respecto a la reclamación formulada, otorgando en este acto el más amplio finiquito que en derecho proceda, en virtud de que ha visto satisfecha su reclamación y no se le adeuda cantidad alguna.

F. Documentación y firmas

- Copia de la actuación del ministerio público o atención recibida de la institución (en caso de accidente en vía pública).
- Interpretación de estudios radiológicos o de gabinete.
- Copia de identificación oficial del asegurado afectado (IFE, pasaporte y en caso de menores de 5 años acta de nacimiento).
- Recibos de gastos que cuenten con los requisitos fiscales y estados de cuenta, (quedarán sin validez copias, recibos provisionales, etc.)
- Por cada médico tratante se deberán llenar los informes médicos correspondientes y su participación en el evento.

Autorización

Se le informa que la inexacta o falsa declaración proporcionada en este formato, releva de toda responsabilidad a Prevem Seguros S.A. de C.V. Autorizo a los médicos que me hayan asistido o examinado, a los hospitales, clínicas, sanatorios, laboratorios y/o establecimientos de salud, a los que haya acudido para tratamiento y/o diagnóstico de cualquier enfermedad, accidente, o lesión y/o a las autoridades judiciales o administrativas que hayan tenido conocimiento de mi caso para que proporcionen a Prevem Seguros S.A. De C.V. aún cuando no exista una orden judicial o administrativa, toda la información referente a mis antecedentes personales patológicos, historial clínico, indicaciones médicas, resultados de estudios de laboratorio y gabinete y cualquier información contenida en mi expediente clínico, misma que podrá ser requerida en cualquier momento que Prevem Seguros S.A. De C.V. lo considere oportuno, inclusive después de mi fallecimiento.

Con la presente autorización relevo de cualquier responsabilidad derivada del secreto médico a las personas responsables de proporcionar la información requerida, así mismo autorizo a las compañías de seguros a las que previamente he solicitado la celebración de cualquier contrato o solicitud de seguros para que proporcionen a Prevem Seguros S.A. De C.V. la información de su conocimiento y que a su vez Prevem Seguros S.A. De C.V. proporcione a cualquier otra empresa del sector asegurador la información que requiera y que se derive de este documento y de otros que sean de su conocimiento.

Nombre y Firma del Titular o Contratante _____

Nombre y firma del Afectado
(En caso de ser menor de edad firma de cualquiera de los padres)

Fecha DD/MM/AAAA Lugar _____

Relación de hospitales en Guanajuato

RELACION HOSPITALES ACTUALIZADOS ESTADO DE GUANAJUATO.

| NOMBRE COMERCIAL | ESTADO | MUNICIPIO | CALLE Y NUMERO/COMERCIAL | COLONIA | CP |
|---|------------|----------------|--|------------------------------|-------|
| MEDICA CAMPESTRE | GUANAJUATO | LEON | MANANTIAL, 106 | FUTURAMA MONTERREY | 37180 |
| HOSPITAL SANTA TERESA | GUANAJUATO | IRAPUATO | ALLENDE, 64 | CENTRO | 36500 |
| HOSPITAL MAC SAN MIGUEL DE ALLENDE | GUANAJUATO | MIGUEL DE ALLE | CAMINO A ALCOCER 12 | LA LUCIERNAGA | 37745 |
| HOSPITAL MAC LEON | GUANAJUATO | LEON | BLVD. AEROPUERTO 101 | VILLAS SANTA JULIA | 37530 |
| HOSPITAL MAC IRAPUATO | GUANAJUATO | IRAPUATO | DOCTOR JAVIER CASTELLANOS COUTIÑO 516 | SAN PEDRO | 36520 |
| HOSPITAL MAC CELAYA | GUANAJUATO | CELAYA | AVENIDA FERROCARRIL CENTRAL 709 | LOS LAURELES PRIMERA SECCION | 38020 |
| HOSPITAL LA LUZ | GUANAJUATO | LEON | HEROES DE LA INDEPENDENCIA 1913A | VILLA DE LAS FLORES | 37278 |
| HOSPITAL ARANDA DE LA PARRA PUERTO INTERIOR | GUANAJUATO | SILAO | BLVD. MINERAL DE CATA 901, ESQ. BLVD MINBERAL DE RAYAS | PUERTO INTERIOR | 36275 |
| HOSPITAL ARANDA DE LA PARRA | GUANAJUATO | LEON | HIDALGO, 329 | CENTRO | 37000 |
| CLINICA MEDICA INTEGRAL | GUANAJUATO | SALAMANCA | EBANO, 601 | BELLAVISTA | 36730 |
| CHRISTUS MUGUERZA MURANO | GUANAJUATO | IRAPUATO | AVENIDA MURANO 248 INTERIOR 114 | LAS HERAS SEGUNDA SECCION | 36670 |
| CHRISTUS MUGUERZA ALTAGRACIA | GUANAJUATO | LEON | BLVD JORGE VERTIZ CAMPERO 761, FRACC CAÑADA DE ALFARO | FRACC CAÑADA DE ALFARO | 37238 |
| CENTRO MEDICO LA PRESA | GUANAJUATO | GUANAJUATO | PASEO DE LA PRESA 85 | PASEO DE LA PRESA | 36000 |



¿Sabías qué?

Los estudiantes de la UTS, al igual que en todas las Instituciones de Educación Media Superior y Superior, se encuentran protegidos con 2 tipos de seguros complementarios y obligatorios.

GRATUITO

Seguro Facultativo

- **Propósito:**
Es un esquema de acceso a **servicios de salud** que otorga el **IMSS** a estudiantes inscritos.
- **Cobertura:**
Todo tipo de atención de salud, por ejemplo: urgencias médicas, consulta con el médico familiar, cirugías y partos, medicina preventiva, consulta con especialistas; servicio dental y nutrición, entre otros.
- Una vez que solicitas y concluyes tu alta, el servicio médico te cubre los **365 días del año** y finaliza cuando solicitas tu baja del servicio.



Seguro contra accidentes

\$79
Cuatrimestral

- **Propósito:**
Proteger en caso de accidente del alumno
- **Pago de deducible** de \$100 al recibir la atención médica
- **Cobertura:**
Cobertura desde el trayecto de la casa del alumno a la UTS, y de la UTS a su casa; dentro de las instalaciones y en la participación de eventos externos, académicos y deportivos
- **Sumas aseguradas:**
 - Muerte Accidental - \$40,000
 - Perdidas Orgánicas - \$40,000
 - Rembolso Gastos Médicos - \$20,000





Gracias

